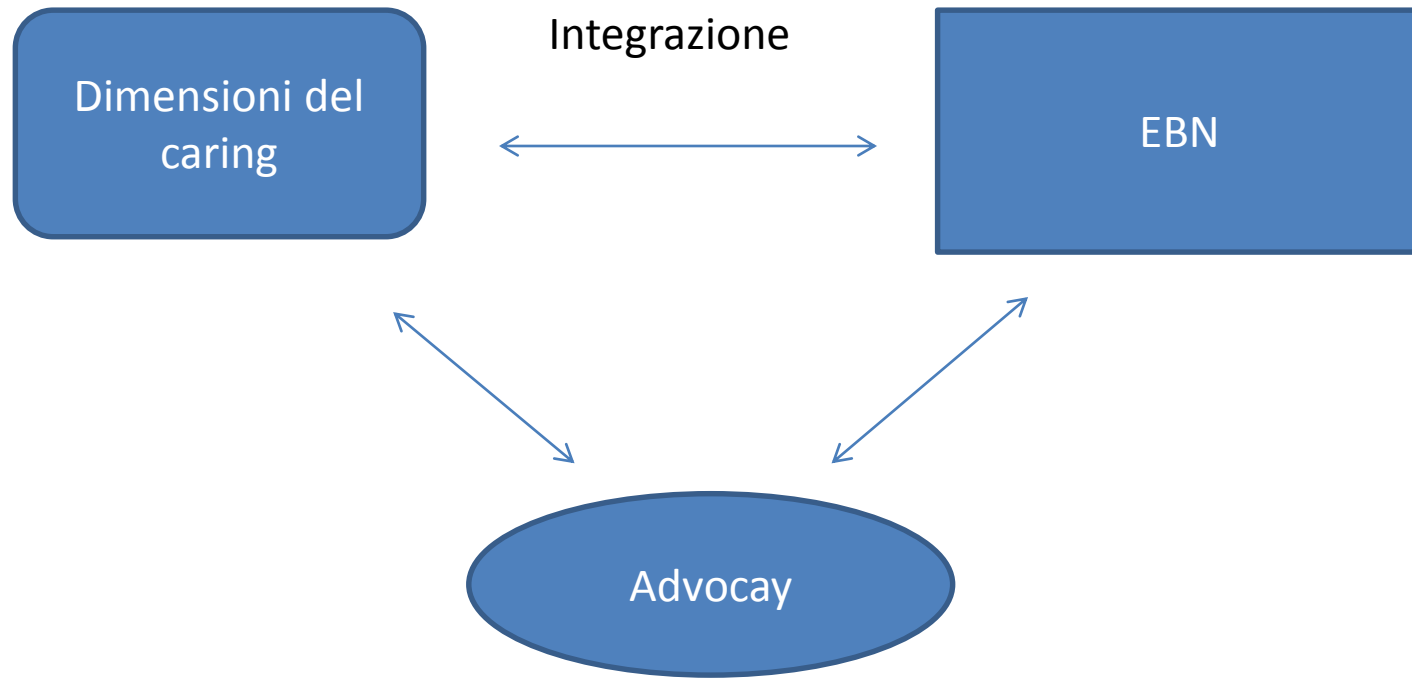
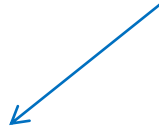
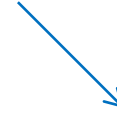
L’infermiere è responsabile dell’assistenza generale infermieristica

Peculiarità della cura infermieristica

Essenza della cura infermieristica

Azioni di caring e pratiche basate sulle evidenze

Azioni competenti e disponibilità a *preoccuparsi intenzionalmente* della persona assistita, avvicinarsi alle attese del paziente:

essere vicini
prestare attenzione continua
ascoltare
infondere fiducia
mantenere le promesse
dare un senso di protezione
informare secondo la necessità
rispondere tempestivamente
riconoscere il paziente nella sua individualità
….

Porre in essere *interventi efficaci* attraverso applicazione di LG evidence based:

gestione dei device
preparazione del paziente all'intervento chirurgico
cura delle lesioni
misure di isolamento infettivo e protettivo
….

Obiettivi per sviluppare una migliore integrazione …

- Modelli di presa in carico del paziente: Primary Nursing
- La consegna al letto del paziente
- La documentazione clinica integrata strutturata per esiti
- I percorsi clinico assistenziali standard e personalizzati

La consegna al letto del paziente

- Momento visibile e tangibile della presa in carico
- Coinvolgimento del paziente, interazione
- Passaggio concreto di responsabilità
- Osservazione diretta, immediata e congiunta del paziente
- Focalizzazione dei problemi attuali del paziente
- Recupero della dimensione del tocco

Documentazione clinica integrata

- Consente una visione clinica medico-infermieristica unita e integrata
- Promuove una valutazione unica e approfondita del paziente
- Garantisce e facilita lo scambio delle informazioni e interventi unitari basati sui problemi reali e potenziali del paziente

Cartella integrata del paziente valutazione iniziale

SCREENING FUNZIONALE / MOVIMENTO

Al momento del ricovero

- ❑ autonomo
- ☒ necessità di supporto
  - ☒ per deambulazione
  - ❑ per mobilizzazione a letto (se sì, scala di Braden)
  - ☒ per mobilizzazione letto-poltrona (se sì, scala di Braden)
  - ❑ posizione obbligata (se sì, scala di Braden)
- ❑ completamente dipendente (se sì, scala di Barthel)

Utilizzo ausili
- ❑ protesi
- ❑ deambulatore
- ❑ bastone stampelle
- ❑ carrozzina

Necessità di valutazione specialistica **Visita fisiatrica** ☒**si** no

VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONI DA DECUBITO
SCALA DI BRADEN

Condizioni fisiche		Stato mentale		Attività		Mobilizzazione		Incontinenza
Buone	4	Vigile	4	Cammina	4	Autonoma	4	**Assente**
Mediocri	3	**Apatico**	**3**	Cammina con aiuto	3	Ridotta	3	Saltuaria
Scadenti	**2**	Confuso	2	Sta seduto	2	**Molto limitata**	**2**	Abituale
Molto scadenti	1	Incoscient e	1	**Sta a letto**	**1**	immobile	1	Doppia
							PUNTEGGIO TOTALE	**12 PUNTI**

CLASSIFICAZIONE	Alto rischio	≤ 12	**Medio rischio**	12-14	Basso rischio	>14

Screening funzionale integrato

Assessment del paziente:
valutazione integrata

Screening effettuato all'ingresso
Integrato medico/infermiere
Scale validate per misurazione del rischio, **contemplate in cartella**
Intercettazione rapida dei pazienti a rischio
Si evita aggiunta di "**fogli sparsi"**
Non una «*valutazione una tantum»* ma **cronologia/evoluzione** del problema
Annotazioni **sintetiche** scrivere poco su varianze, e sui dati sensibili

Cartella integrata del paziente

Pianificazione della dimissione

valutazione del bisogno di servizi di sostegno e di continuità delle cure

Infermiere/Medico	
	☒ Fornitura di presidi/ausili ***per la medicazione al piede; da valutare in base a ripresa motoria, carrozzina, bastone/tripode***
	☒ Attivazione assistenza domiciliare Programmata ***la figlia segnala necessità di aiuto al ritorno a casa***
	☒ Attivazione assistenza sociale ***indennità di accompagnamento?***
	❑ Trasferimento in struttura di riabilitazione ....
	☒ Dimissione protetta (ADI – RSA – RSO – lungodegenza) –***utile avviare progetto di lungodegenza***
	❑ Altro ....
	Data **16/02/13** Ora **10.00** Il medico ....
	Data **16/02/13** Ora **8.30** L'infermiere......

Diario clinico integrato

Data	*Ora*	*Diario Clinico*	*Medico*	*Inferm.*
7.4	**14.45**	**Vista la consulenza dell'angiochirurgo, dell'anestesista e del cardiologo (che evidenzia rischio operatorio molto alto); collegialmente viene ritenuto più opportuno un intervento di amputazione**	Sigla	Sigla
7.4.	**11.00**	**Iniziare la preparazione per l'intervento (preparazione intestinale, prelievo per emogruppo e Type Screen, controllata documentazione diagnostica (ECG refertato), esami ematochimici completi.** **Si prevede l'intervento per il pomeriggio di domani, mantenere il digiuno da solidi, può assumere liquidi fino alle 12**.	Sigla	Sigla
8.4		**Il paziente è informato e si sente pronto all'intervento di amputazione**	Sigla	Sigla
8.4		**La moglie e la famiglia sono informati e presenti per l'assistenza anche notturna**	Sigla	Sigla
9.4	**18.00**	**Chiamato dalla SO per intervento di amputazione**	Sigla	Sigla
9.4	**20.40**	**Ritorna dalla SO dopo intervento di amputazione gamba sinistra a livello del ginocchio.** **Il paziente è sveglio, non lamenta dolore, parametri stabili *(vedi grafica)*** **In sede catetere venoso periferico, in corso infusione con soluzione elettrolitica reidratante.**	Sigla	Sigla
9.4	**21.50**	**Dolore in sede di amputazione (VAS 8)** **Praticata morfina 5 mg 1 fiala s.c. con parziale beneficio.**	Sigla	Sigla
10.4	**04.30**	**Dolore acuto in sede di amputazione (VAS 8)** **Praticata morfina 10 mg 1 fiala s.c. Discreto beneficio (VAS 3-4).** **Valutata sede della ferita chirurgica: è presente piccolo spandimento ematico.** **Paziente insonne, agitato e un po' confuso.**	Sigla	Sigla
10.4	**5.50**	**Non ha più dolore ma persiste stato di confusione e agitazione, chiamato il medico**	Sigla	Sigla
10.4	**8.00**	**Nel pomeriggio di ieri operato di amputazione.** **Il paziente si presenta confuso e disorientato a tratti molto agitato. Sospesa la morfina e prescrivo tramadolo *(vedi foglio terapia)*.** **Presa visione degli esami di lab. urgenti rilevo ipokaliemia. Modificata terapia *(vedi foglio terapia)*** **Richiedo rivalutazione chirurgica per rilievo di medicazione sporca di sangue.**	Sigla	Sigla

Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali PDTA

Sono interdisciplinari e tracciano il percorso standard del paziente

Tracciano il percorso del paziente e definiscono i campi di attività , delle competenze e delle responsabilità

Consentono una pianificazione orientata agli esiti

Promuovono la discussione condivisa dei casi: momenti di confronto medici/infermieri sull'assessment, sulla traiettoria del paziente e sulla definizione e ridefinizione del piano di cura

Percorso clinico assistenziale Tea carotidea

Giorno dell' intervento chirurgico-rientro dalla sala operatoria o Recovery Room data………………..

	Resp.	Esiti attesi	M	P	N	NR
Esiti post-operatori	Chir/inferm	Condizioni emodinamiche stabili: parametri nella norma per la persona, diuresi attiva, paziente cosciente				
	Chir/inferm	Perdite ematiche nel drenaggio < a 150/ora				
	Chir/inferm	Medicazione pulita e integra				
	Chir/inferm	Dolore controllato (NRS <4)				
	Chir/inferm	Nausea e vomito controllati (PONV Score 0-1)				
	Chir/inferm	Assenza di deficit cognitivi e sensoriali esterni				
		PIANIFICAZIONE DELLE CURE	**M**	**P**	**N**	**V**
Valutazione	Chir	Compilazione sceda intra e post operatoria del piano di trattamento e trasmettere all'infermiere eventuali alert e necessità di specifica sorveglianza				
		Valutare eventuale prescrizione di terapia antipertensiva secondo protocollo				
	Inferm	Prendere visione del piano d trattamento				
		Valutare prescrizione terapeutica: antidolorifica, idratazione e/v, antinausea/emetica, anticoagulante				
		Valutare la presenza di terapia anestesiologia				
Monitoraggio	Inferm	Eseguire esami ematochimici secondo protocollo				
		Compilare scheda postoperatoria				
		Monitorare e registrare PAO,FC, medicazione, collo, perdite ematiche drenaggio almeno: ogni 3 ore postoperatorie fino alle ore 24.00 (registrazione in grafica)				
		Valutare diuresi ogni 6 ore nelle prime 24 ore postoperatorie dal momento di ingresso in reparto o RR (registrazione in grafica) tenere in considerazione i liquidi infusi				
		Controllare nausea e vomito e registrarne la presenza (PONV score)				
		Eseguire stic glicemico prima e dopo l'intervento se paziente diabetico				
	Chir/inferm	Mantenere il controllo del dolore < 4 (NRS)				
		Controllare e rilevare sintomi come: deficit di forza, deficit motori, deficit sensoriali deviazione della rima labiale disfagia, disfonia dispnea				